مرض الديسك

" اعرف مرضك"

كتاب التثقيف الصحي في

الأمراض العصبية / الجراحة العصبية

ما ينبغي معرفته عن

مرض الديسك

فتق القرص الفقري

الطبيب د. محمد علي الحاج علي

هذا الكتاب مخصص للمرضى وذويهم وللمهتمين بالثقافة الصحية

مرض الديسك ـ فتق القرص الفقري

المؤلف : **الطبيب الدكتور محمد علي الحاج علي**

الطبعة الأولى : **٢٠٠٤**

عدد النسخ : **١٠٠٠ نسخة**

الإخراج الفني : **فيصل حفيان**

الرسوم : **زياد عياش**

تنفيذ الطباعة : **مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع**

يطلب الكتاب على العنوان التالي :

مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع

دمشق — سوريا

هاتف: ٥٦٢٧٠٦٠- فاكس:٥٦١٣٢٤١

ص.ب: مدينة جرمانا ٢٥٩

تعريف مرض الديسك

لكي تعرف ما يلزم وتفهم جيدا هذا الموضوع يجب أن تقرأ هذا الكتيب من أوله إلى آخره ولكي تعرف عن ماذا يدور الكلام في هذا الكتيب

نعطيك هذا **التعريف المبسط لمرض " الديسك"** والذي يشتمل النقاط التالية:

١- الديسك هو القرص الغضروفي الذي يقع بين فقرتين.

٢- لدى كل إنسان ٢٤ ديسك من رقبته وحتى أسفل ظهره.

٣- مرض الديسك يمكن أن يبدأ فجأة بعد جهد عضلي ما أو بعد حركة غير لطيفة كما يمكن أن تظهر جميع أعراضه دفعة واحدة أو بالتدريج مع تغيرات العمر في الجسم البشري.

٤- حسب مكان الديسك ودرجة المرض وطبيعة المريض ونوع عمله تختلف أعراض المرض وتختلف أسبابه ويختلف علاجه.

المراحل التي يمر بها مرض الديسك:

١ - مرحلة الضعف أو بداية المرض: تتميز بآلام موضعية في موقع الديسك (القرص) المصاب من العمود الفقري : غالبا أسفل الظهر، وفي بعض الأحيان الرقبة. وفي هذه المرحلة تكون الآلام خفيفة وتظهر وتختفي بدون علاج حسب حركة الجسم ونشاطه ووضعية الفقرات والأقراص التي بينها أي الديسكات.

٢- المرحلة الثانية آلام لا تختفي دون دواء، وتعود إذا توقف المريض عن تناول الدواء. وقد يرافقها تشنجات عضلية في منطقة المرض: الظهر، الرقبة.

٣ - الآلام تنتشر حسب العصب المجاور للديسك المصاب، وهذه أول مرحلة فتق قرصي (ديسك) أي عندما تصل درجة الضعف في الديسك إلى أن ينفتق جزء منه فيضغط أحيانا أو باستمرار على الجذر العصبي المجاور مما يتسبب بآلام ليس في منطقة الديسك من العمود الفقري بل في مكان انتشار العصب المضغوط أي في جزء من الرجل مثلا أو اليد. وهنا تبدأ الأذية العصبية.

٤ - عندما تكون هذه الآلام عنيدة ولا تختفي رغم تناول الأدوية فهذا يعني أن الفتق القرصي كبير وضاغط على العصب بشدة وهذا يعني أن الأدوية وحدها لا تكفي ويجب التفكير بالتدخل الجراحي أو أن الفتق القرصي صغير ولكنه في قناة العصب مباشرة وقد يسبب تخربه. **وعند هذه المرحلة يمكن للطبيب أن يطلب**

بعض الصور والتحاليل لتأكيد التشخيص ومعرفة مقدار الضغط على العصب.

٥ - عندما يكون الضغط على العصب شديدا ويؤدي إلى تعطيل وظيفة هذا العصب يشعر المريض بخدر دائم أو ينشأ ضعف عضلي معين وهنا يجب التفكير في **التدخل الجراحي** مباشرة إذا لم يبدأ التحسن خلال أيام بعد تناول العلاج.

٦ - إذا كان الديسك ضاغطا على أعصاب التبول أو التبرز فالتدخل **الجراحي إسعافي.**

و لكي يتم الفهم الصحيح لهذا الموضوع وانطلاقا من الإيمان **بأن المريض الواعي يريح ويستريح، وأن السعادة والرضا توأمان للمعرفة والوعي** كان هذا الكتيب إسهاما منا في نشر الوعي بهذا المرض المنتشر.

ونرجو من الله الثواب.

والخلاصة أنه على كل قارئ أن يفهم أن مرض الديسك هو :

مرض ميكانيكي ينشأ عن سوء الاستخدام إما بالتدريج حتى يصل إلى الإهتراء المبكر والتخرب (التنكس) أو تحميل القرص الفقري فوق طاقتة أي أكثر مما يستطيع تحمله مما يؤدي إلى تخرب الحلقة الليفية وانفتاق النواة اللبية وانضغاط الجذور العصبية.

لمحة تشريحية عن العمود الفقري

تعريف **العمود الفقري**: هو عمود عظمي يتألف من ٣٣ قطعة تسمى كل واحدة منها فقرة. ويمكن توزيع هذه الفقرات على خمس مجموعات (الشكل ١) . يوجد بين كل فقرة وأخرى من الفقرات ال٢٤ العلوية وسادة غضروفية ليفية تسمى **قرص** (**ديسك**) الفقرة . تسمح الأقراص الفقرية للعمود الفقري ببعض الحركة وتقوم بدور جهاز امتصاص للصدمات التي يتعرض لها هذا العمود أثناء القيام بأي نشاط. في القسم السفلي من العمود الفقري لا توجد أقراص بين الفقرات وهي تلتحم ببعضها مباشرة وتشكل عظمي العجز والعصعص .

تتألف **الفقرة** الواحدة من قطعة عظمية شبه أسطوانية تسمى جسم الفقرة ومنه يبرز إلى الخلف قطعتين عظميتين واحدة في كل جانب وتتصلان معا ويؤلفان ما يسمى قوس الفقرة. ومن مجموع أقواس الفقرات تتشكل قناة عظمية عمودية تسمى **القناة الفقارية** تحتوي بداخلها **النخاع الشوكي والجذور العصبية** المتفرعة عنه. يخرج من النخاع الشوكي عند مستو كل فقرة زوج من **الجذور العصبية** جذر عصبي من كل جانب (أيمن وآخر أيسر) . و فيها تنتقل المعلومات العصبية الحركية والحسية اللازمة للجسم. تنشأ من القوس

الفقرية ثلاثة نتوءات عظمية، اثنان جانبيان: واحد إلى كل جانب - يسمى النتوء المستعرض وثالث إلى الخلف يسمى النتوء الشوكي.
يتصل بجسم الفقرة وقوسها والنتوءات الناشئة عنها مجموعة من الأربطة والعضلات تزيد في قوة العمود الفقاري وتساهم معه في حماية **محتويات القناة الفقارية: النخاع الشوكي والجذور العصبية أثناء الحركة.**

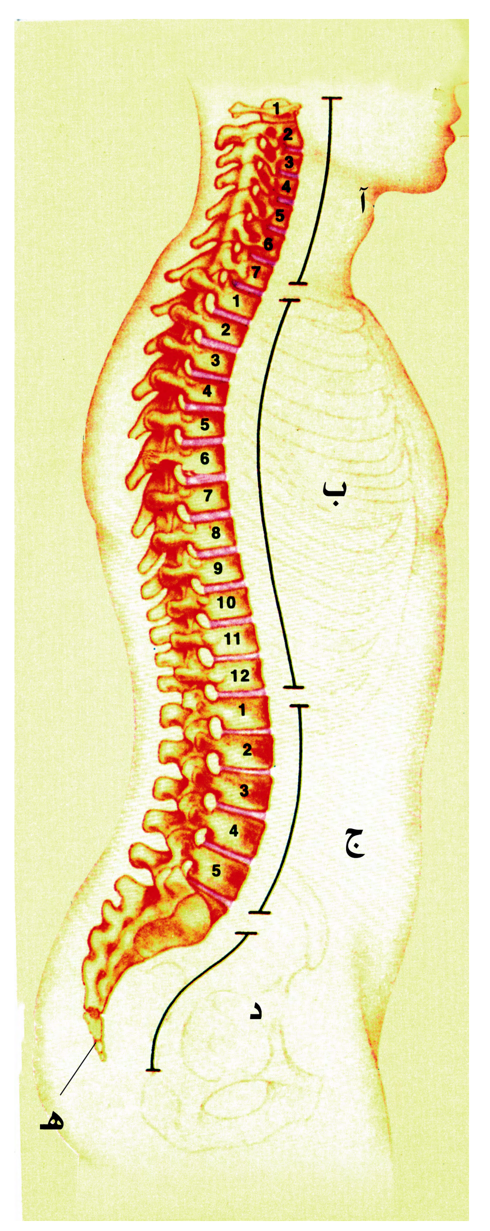
يصل بين نصفي الكرة المخية والنخاع الشوكي جزء عصبي هام جدا يسمى **جذع الدماغ** ويؤلف محطة رئيسية لجميع الأنشطة الدماغية. وهو يتحكم بوظائف هامة حيوية كالتنفس التلقائي وعمل القلب وحركات العينين. يحيط بالنخاع الشوكي من عند بدايته عند قاعدة الدماغ وحتى نهايته في أسفل الظهر الأغشية الثلاث التي تحيط بالدماغ و التي تسمى معا **السحايا.**

السحايا: تحمي الدماغ والنخاع الشوكي من الصدمات ومن الجراثيم وهي تتألف من **الأم الجافية والأم الحنون وبينهما الغشاء العنكبوتي.**

الأم الجافية: نسيج ليفي ملتصق بالعظم.

الأم الحنون غشاء رقيق غني جدا بالأوعية الدموية يغطي سطح الدماغ والنخاع مباشرة.

وفي ما بين الغشاء العنكبوتي والأم الحنون يوجد سائل شبيه بالماء يسمى **السائل الدماغي- النخاعي.**



شـــكل ١ : العمـــود الفقاري يقسم إلى:

آ - الفقــرات الرقبيــة ٧ فقرات،

ب - الفقــرات الــصدرية ١٢ فقرة،

ج - الفقــرات القطنيــة ٥ فقرات،

د - الفقــرات العجزيــة: وهـــي خمـــس فقــرات متحـدة (لا يوجـد بينهـا أقراص).

هـ - الفقـرات العصعصية وهي ٤ فقرات متحدة.

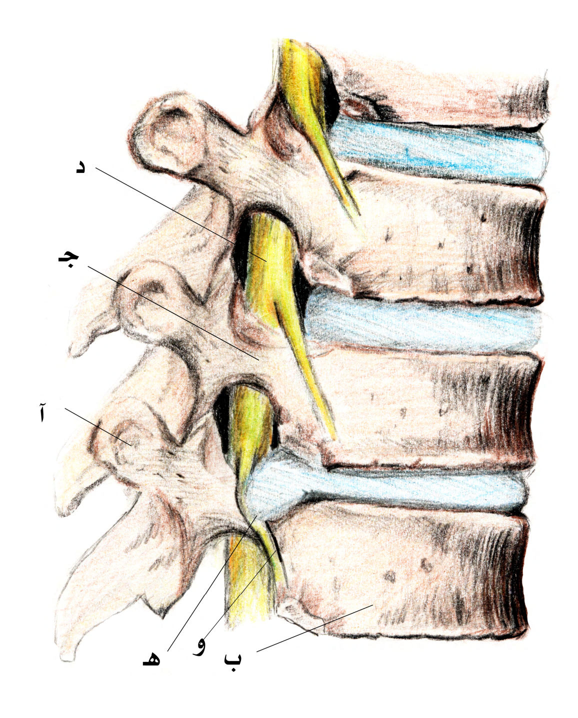
الشكل ٢ – جزء من العمود الفقري يبين العلاقة بين الفقرة والديسك والأعصاب

آ - النتوء الشوكي ب - جسم الفقرة

جـ - قوس الفقرة د - الجافية

ذ - الجذر العصبي الديسك و - الجذر العصبي المضغوط

هـ - الديسك المفتوق



ديسك طبيعي بجواره جذر عصبي طبيعي

ديسك مفتوق وجذر عصبي مضغوط

دور العمود الفقري:

العمود الفقري هو الجهاز الذي يتيح للإنسان المشي واقفا. وهو يؤلف الدعم المركزي للجزء العلوي من الجسم ويتحمل ثقل الرأس والصدر والذراعين. وتحمل الفقرات الرقبية وزن الرأس . إن الضغط المستمر لهذا الوزن بالإضافة للدوران المستمر وانحناء الرأس والعنق يقود إلى نشوء مشاكل مرضية في الفقرات الرقبية. كما أن الوقوف الطويل أو الجلوس الطويل أو حمل أو دفع الأشياء الثقيلة أو سحبها بصورة غير صحية تؤدي إلى نشوء مشاكل مرضية في المنطقة القطنية.

دور الأقراص الفقرية :

يفصل بين كل فقرتين وسادة غضروفية تسمى القرص الفقري (الديسك). الشكل ٣. تساعد هذه الأقراص العمود الفقاري على الحركة وتلعب دور الجهاز الماص للصدمات التي يتعرض لها هذا العمود. وتمنع عظم كل فقرة من أن يحتك بعظم الفقرة الأخرى.

القرص الفقري (الديسك):

يتألف القرص الفقري من حلقة ليفية وبداخلها مادة شبيهة بالجلاتين تسمى النواة اللبية. وهي تمنح العمود الفقاري المرونة المطلوبة. تنقص مرونة النواة اللبية بالتدريج مع زيادة عمر الفرد.

وهـذا يزيـد في صـلابة الأقـراص الفقريـة والعمـود الفقـاري ويزيـد الـتغيرات الـتي تـضعف مقاومـة القـرص الفقـري وتحملـه للـضغوط وتجعلـه أكثـر قابليـة للتمـزق والانفجـار وهـذا مـا يحـدث حـين لا تستطيع الحلقة الليفية القيام بدورها في الحفاظ على سلامة النـواة اللبيـة أثنـاء قيـام الـشخص بجهـد مـا يرفـع الـضغط داخـل القـرص الفقري كالانحنـاء مثلا أو رفـع أو حمـل الأشـياء الثقيلـة ممـا يـؤدي لتمزق هـذه الحلقـة الـتي تحـيط بـالنواة اللبيـة. وبفعـل الـضغط تخـرج أجزاء من هذه النـواة اللبيـة عـبر الـشرخ الحاصـل إلى خـارج القـرص الفقري أي خارج المسافة بين الفقرتين باتجاه القنـاة الفقاريـة وبـذلك تحشر محتويات هذه القناة وتضغط على الأعصاب الـتي فيهـا وهـذا مـا يـسمى فتـق قرصـي (الديسك). وهـذا يحـدث غالبـا في المنطقـة القطنيـة الـتي تتحمـل الجـزء الأكـبر مـن وزن الجـسم. الـشكل ٢ عنـدما ينفتـق القـرص الفقـري يـبرز جـزء منـه إلى القنـاة الفقاريـة ويـضغط علـى الجـذور العـصبية فيهـا ممـا يتـسبب بـآلام في أسـفل الظهر وفي الرجلين.

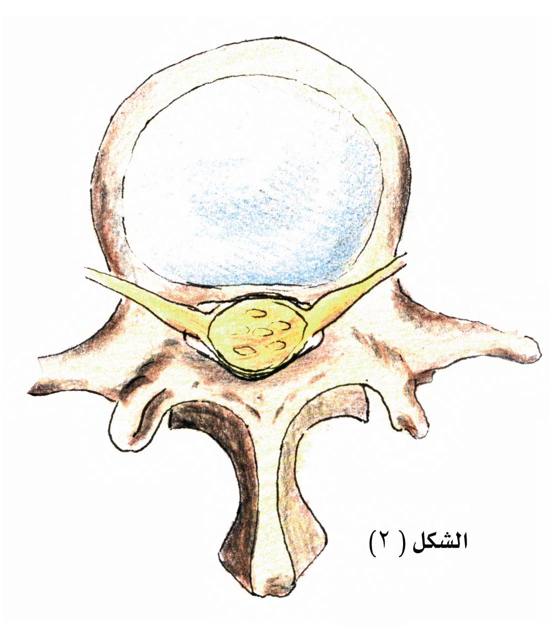
الجذور العصبية الشوكية[١]:

عند مستو كل فقرة يخرج من القنـاة الفقاريـة منفصلا عـن النخـاع الشوكي زوج مـن الجـذور العـصبية أحـدهما يـذهب للجهـة اليـسرى

---

[١] انظر الشكل ٢

والآخر يتجه نحو اليمين. هذه الجذور العصبية تشبه الأسلاك الكهربائية تنقل المعلومات الحركية والحسية من وإلى جميع أنحاء الجسم. وهي مغطاة بغلاف لحمايتها كما هي حال الأسلاك الكهربائية " الناقلة" فهي مغلفة لكي يتم عزلها عما حولها. عندما يضغط فتق القرص على أحد هذه الجذور فإنه يصاب بأذية موضعية وتلف وخاصة في غلاف الجذر العصبي مكان الضغط . **ويصعب جدا تحديد مقدار هذا التلف بدقة في معظم الحالات.** يمر كل جذر من هذه الجذور من فتحة خاصة به تقع بين قوسي فقرتين متجاورتين عند مستو القرص الفقري الواصل بينهما. الشكل ٢. تسمى الثقب العصبي. عندما يكون هذا القرص سليما فإنه يساعد على الحفاظ على هذا الثقب واسع الفتحة بحيث يكفي لمرور الجذر العصبي منه بدون أن يتعرض للضغط.



الشكل (٢)

تغيرات العمود الفقري التنكسية المرتبطة بالعمر

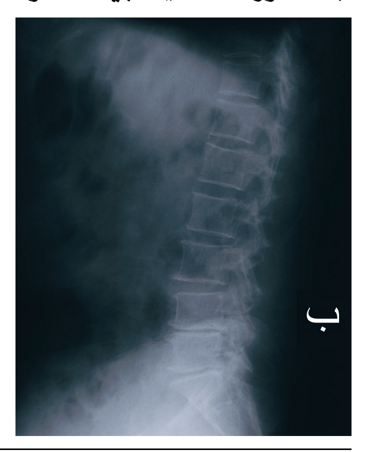
تغيرات العمر في الجسد البشري:

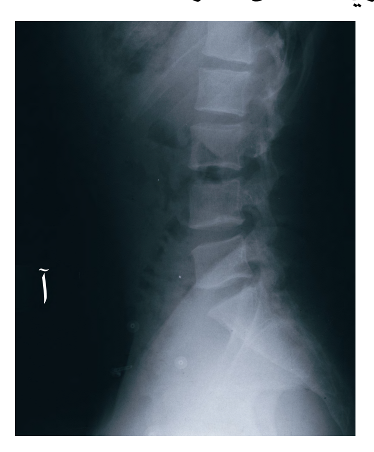
من الطفولة إلى الكهولة يمر الجسد بتغيرات كثيرة وكلما تقدم العمر كلما ازدادت هذه التغيرات وضوحا وتأثيرا في وظائف الأجهزة المختلفة. مثلا لا يستطيع الشخص الطاعن في السن أن يعمل ولا أن يقف ويمشي أو يسمع ويرى كما كان يفعل عندما كان شابا. ولابد من إدراك أن ذلك أمرا طبيعيا ، فلا الصحة ولا القوة تدوم لأحد. وكل ما يجب أن نفعله هو أن نتعلم كيف نخفف آثار التقدم بالعمر على الجسم ونتحمل نتائجه و نتقبلها ونتعامل معها و نتهيأ لها.

تغيرات العمود الفقري التنكسية المرتبطة بالعمر(٢):

آ -صورة شعاعية لشخص عمره ٢٠عاما تبين العمود الفقري الطبيعي.

ب -صورة شعاعية تبين العمود الفقري لشخص عمره ٦٧ سنة.





(٢) انظر الشكل ٥

القرص الفقري ينشف:

مع تقدم العمر يصاب العمود الفقري بتغيرات طبيعية تدعى **تغيرات تنكسية**. فالنواة اللبية للأقراص الفقرية وهي مادة شبيهة بالجيلاتين تنشف تدريجيا وتفقد مرونتها ويقل حجمها ويصبح ارتفاع القرص أقل مما كان عليه وهذا ما يجعل الشخص يصبح أقصر طولا مما كان عليه أيام الشباب. ويؤدي ضعف القرص إلى عدم قدرته على تحمل الفقرة التي فوقه وبهذا فهي تقترب إلى الفقرة التي تحتها مما يعني انضغاط هذا القرص أيضا. وهبوط الفقرة العلوية إلى السفلية. وهذا ينجم عنه أيضا اختصار المسافة بين قوس الفقرة العلوية والفقرة التي تحتها. وهذا ما يسمى **انقراص الفقرات.**

الثقب العصبي يتضيق :

كما أسلفنا تؤدي تغيرات القرص والفقرة إلى اختصار المسافة بين قوس الفقرة العلوية وقوس الفقرة التي تحتها الشكل ٥ . ويعني ذلك أن الثقب الذي يخرج منه الجذر العصبي من القناة الفقارية يتضيق ببطء. وأحيانا يصل التضيق إلى درجة شديدة تؤدي إلى انضغاط الجذر العصبي المار فيها. ويمكن تشبيه ذلك بمد اليد من النافذة المفتوحة، فما دامت النافذة مفتوحة فليس هناك من مشكلة، أما إذا بدأت النافذة تغلق ببطء فعند نقطة ما تبدأ اليد تحس بالضغط وكلما زاد الضغط زاد الإحساس بالألم. العمود

الفقاري يفقد القدرة على امتصاص الصدمات وتحمل الرضوض: فكلما جفت النواة اللبية للقرص الفقري كلما فقد هذا القرص دوره في امتصاص الصدمات. وهذا يعني كلما تعرض العمود الفقاري إلى صدمة ما أو رض أو حركة ما كلما احتك العظم بالعظم، فقرة بفقرة، إذ أنه لم يعد للقرص دور يذكر، وهذا الاحتكاك يؤدي إلى نشوء زوائد من العظم عند حواف هذه الفقرات تسمى مناقير عظمية ويمكن أن تؤدي هذه المناقير بدورها إلى زيادة التضيق وزيادة الضغط على الأعصاب.

عندما يكون الجذر العصبي مضغوطا في الثقب المتضيق تسمى الحالة : تضيق الجيب الجانبي في القناة الفقارية. وتنشأ عن ذلك الأعراض التالية: آلام شديدة، شعور تنميل و/ أو ضعف في رجل واحدة. وعندما تصبح الجذور العصبية في ذيل الفرس مضغوطة **بتضيق القناة الفقارية** تسمى هذه الحالة : تضيق القناة القطنية وينشأ عن ذلك: آلام وتنميل وصعوبة في المشي وضعف في الرجلين معا ويضطر المصاب إلى التوقف والاستراحة كل ٥٠ – ١٠٠ متر مشي. انظر الشكل ٥

الاختلافات الفردية :

إذا كانت التغيرات التكنسية في العمود الفقاري هي تغيرات العمر الطبيعية، فما هو السبب أن بعض الأشخاص يعانون من أعراض

تضيق الجيب الجانبي وبعضهم من أعراض تضيق القناة القطنية بينما البعض الآخر يبدو سليما ولا يعاني من شيء؟ الجواب أن لكل فرد عموده الفقاري الخاص به الذي لا يشبهه شيء آخر. بعض الناس يولدون ومعهم أقراص فقرية تتمتع بمرونة أكثر من غيرهم. وبعضهم تكون قناته الفقارية أضيق أو أوسع من البعض الآخر. هذه العوامل الخلقية ومعها عوامل مكتسبة مثل وزن الشخص، وضعيته المعتادة في الجلوس والوقوف والمشي والأنشطة المختلفة تساهم في تحديد من هو الشخص الذي سيتأثر أكثر بتغيرات العمر التنكسية.

ماذا يحدث عندما ينفتق القرص الفقري " الديسك"؟ عندما تضعف الحلقة الليفية للقرص أو تتعرض لضغط شديد فإنها تتمزق ويمكن أن تندفع أجزاء من النواة اللبية إلى خارج القرص وتضغط على الجذور العصبية المجاورة. الشكل ٢ .

هذه الحالة تدعى فتق النواة اللبية للقرص أي فتق القرص (الديسك). يمكن أن نشبه ذلك بماسورة مرهم ما عندما يكون بها شرخ، إن الضغط على الماسورة (الحلقة الليفية) يؤدي إلى خروج المرهم (النواة اللبية) عبر الشرخ. كما يمكن للضغوط العادية التي يتعرض لها القرص الفقري في العمل اليومي أن تؤدي إلى فتق القرص والتسبب بالضغط على الجذور العصبية عندما يكون الديسك شديد الضعف والاهتراء.

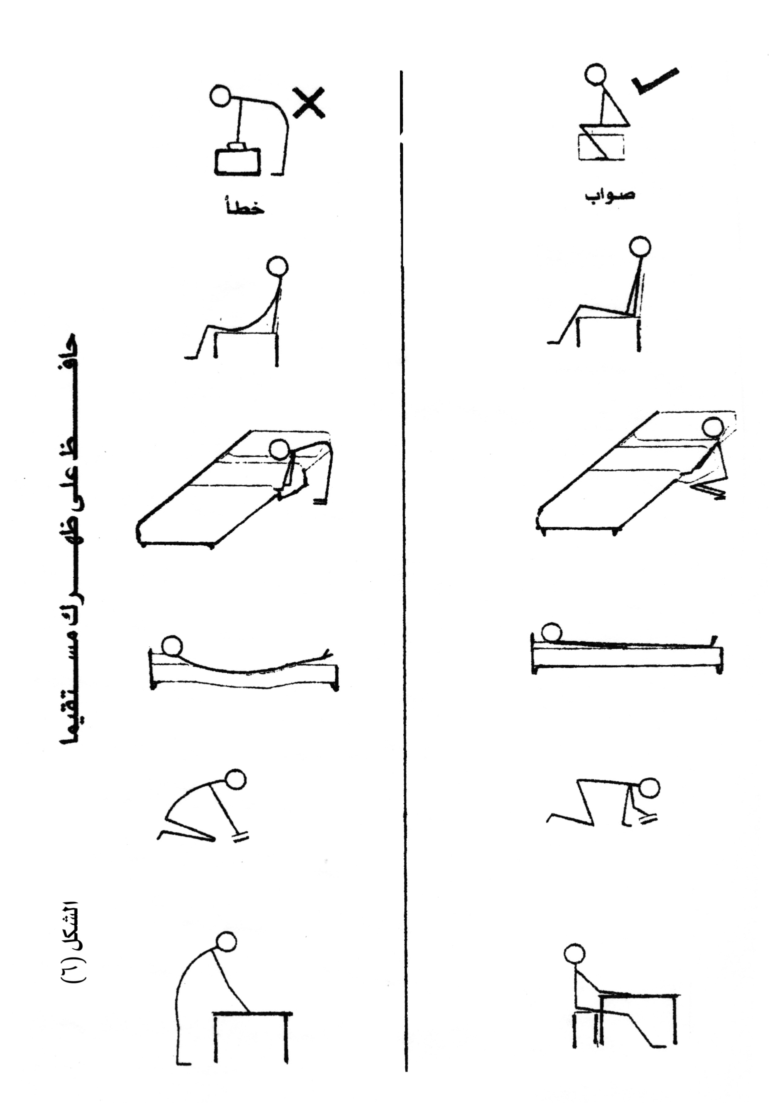
ما هي الأسباب المؤدية لفتق القرص (الديسك)؟ كما أسلفنا أعلاه فإن العمود الرقبي يحمل وزن الرأس وهو يتعرض للحركة والدوران والضغط باستمرار.

كما أن العمود القطني يحمل وزن الجذع كما يتعرض لزيادة الضغط أثناء الحركة خاصة الانحناء والدفع والحمل.

وببساطة " اهتراء الرداء " بسوء الاستخدام أو بكثرة الاستخدام يؤثر التقدم في السن في حدوث الفتوق القرصية. في بعض الحالات يحدث الفتق أثناء ممارسة النشاطات اليومية المعتادة. وفي حالات أخرى يتم ذلك نتيجة رض شديد مثل حركة عنيفة أو سقوط أو ضربة ما تؤدي إلى زيادة الضغط على القرص وفي حالات عدم قدرته على تحمل ذلك فإنه ينفتق.

ولا يوجد طريقة تمنع حدوث هذه الفتوق ولكن يمكن التقليل من احتمالات نشوءها بالمحافظة على لياقة بدنية جيدة وباستخدام القواعد الصحية المناسبة في العمل والحركة.

شكل ٦ يبين الأوضاع الصحيحة والخاطئة أثناء العمل أو الاستراحة.



حافظ على ظهرك مستقيما

الشكل (٦)

ما هي أعراض انضغاط الجذور العصبية ؟

عندما يتعرض أحد الجذور العصبية الرقبية للضغط في الثقب العصبي المتضيق (تضيق الجيب الجانبي) أو كنتيجة لفتق قرص (ديسك) رقبي يشعر المريض بآلام في الرقبة، آلام وخدر في أحد أو كلا اليدين وقد ينشأ ضعف في عضلات اليد.(وفي الظهر والرجلين في حالة الديسك القطني) ينشأ الألم بسبب الضغط على الجذر العصبي، و التوذم أو التخرب الناجم عن هذا الضغط. إن تناول الأدوية التي تخفف التوذم قد تؤدي إلى القضاء على الألم ولكن الشفاء لا يمكن أن يحدث مادام الجذر العصبي تحت الضغط. هذا يشبه لو أن إصبعا لك أغلق عليه الباب. إن حبة الأسبرين قد تخفف الوجع ولكن لابد من فتح الباب وتحرير الإصبع من الضغط.

ما هي أعراض انضغاط النخاع الشوكي ؟

يتسبب تضيق القناة الفقارية الرقبية بانضغاط النخاع الشوكي وينجم عن ذلك الشعور بالتنميل والخدر والضعف في مناطق مختلفة من الجسم تحت مستو التضيق (اليدين، الرجلين). وقد يشكو المريض من صعوبة في المشي واضطرابات في التبول و التبرز.

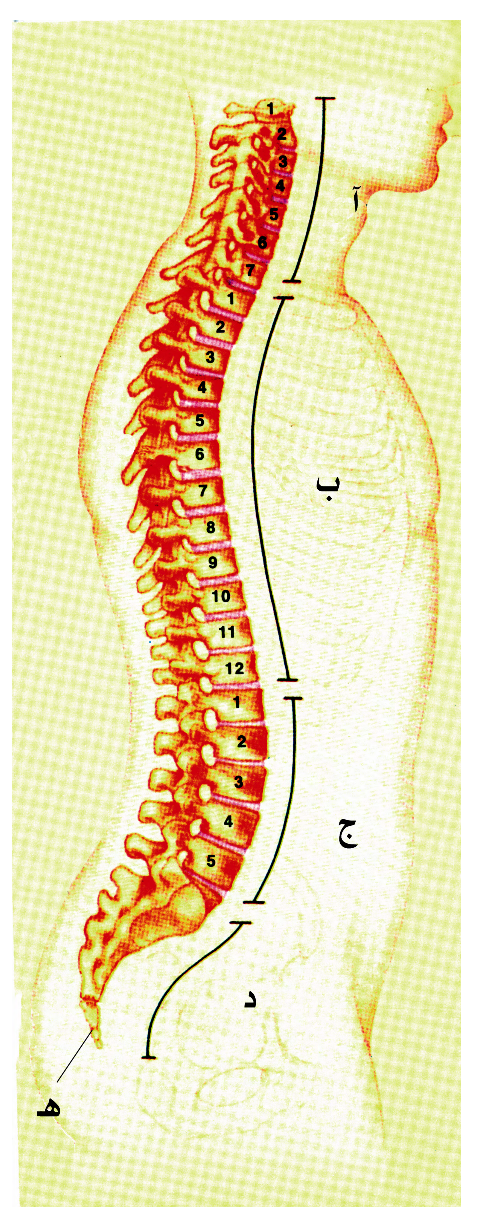
الخطط العلاجية

بما أن تغيرات العمر التنكسية في العمود الفقاري هي عملية طبيعية لا مفر منها فإن المبادئ العامة لعلاج تضيق الجيب الجانبي أو تضيق القناة القطنية تقتصر على ما يلي:

١ - **استخدام العلاج الفيزيائي** : عندما يكون الضغط على الأعصاب في بدايته فإن العلاج الفيزيائي وخاصة التمارين اللطيفة قد تخلص المريض من الألم لبعض الوقت.

٢ - **تناول الأدوية**: قد يستفيد بعض المرضى من الأدوية في تخفيف الآلام في المنطقة المعنية ويمكن أن تخلصهم منها لبعض الوقت.

٣ - **التدخل الجراحي** : إذا كان التضيق شديدا ويسبب ضغطا شديدا على واحد أو أكثر من الجذور العصبية فإن التدخل الجراحي إزالة الضغط وتحرير الجذور العصبية يصبح الخيار الأفضل في أغلب الحالات.



شـــكل ١ : العمـــود الفقاري يقسم إلى:

آ - الفقــرات الرقبيــة ٧ فقرات،

ب - الفقـرات الـصدرية ١٢ فقرة،

ج - الفقــرات القطنيــة ٥ فقرات،

د - الفقرات العجزية: وهي خمـس فقـرات متحـدة (لا يوجد بينها أقراص).

هـ - الفقـرات العصعـصية وهي ٤ فقرات متحدة.

الآلام القطنية

وجع أسفل الظهر

تعريف : آلام المنطقة القطنية أو آلام أسفل الظهر :

هـي الآلام الـتي يشعر بها المـريض في المنطقـة المحصورة مـن الأعلـى بحـواف القفـص الـصدري الخلفيـة ومـن الأسـفل بحـواف العـضلات الإليوية (منطقة الكفل) ويجوز أن تنتشر انتشارا قصيرا إلى أسفل من ذلك في أحد الجانبين.

ولابد من الإشارة إلى أن هذه المنطقـة هـي مركـز ثقل الجسم وهـي منطقة ضعيفة نسبيا إذا ما قورنت بباقي مناطق العمود الفقري.

شكل ٧ هيكل عظمي يبين أن المنطقة القطنية منطقة ضعف

آلام فتق القرص (الديسك) في المنطقة القطنية:

هـي آلام تبـدأ في المنطقـة القطنيـة وتنتـشر إلى الأسـفل في أحـد أو كلا الجانبين وقد تصل إلى أصابع القدم أو عقبها أو إلى الركبـة فقط أو تبقى في السطح الخلفي للفخذ والساق. وهـذه الآلام نـاجمة عـن تعـرض واحـد مـن الجـذور العـصبية أو أكثـر للـضغط مـن فتـق النواة اللبيـة للقـرص الفقـري (الديسك). إن آلام المنطقـة القطنيـة لا

تعتبر مشكلة طبية فحسب بل تتجاوز ذلك إلى كونها قضية إنسانية ذات أبعاد اجتماعية واقتصادية فحلة. وقد أجريت دراسات منفصلة في كل من سويسرا ، فنلندا ، السويد ، الدانمارك، بريطانيا ، والولايات المتحدة الأمريكية فوجدت أن ٣٠٪ ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ - ٦٥ سنة يشكون من آلام في أسفل الظهر وتبين أن ١ - ٢٪ منهم قد تعطل عن العمل بسبب هذه الآلام. ولقد حسبت الخسارة المادية الناجمة عن هذه الأمراض في السويد فبلغت ١٠ بليون دولار وفي الولايات المتحدة وصلت ٢٠-٥٠ بليون دولار . وبإجرء الفحص السريري والصور الشعاعية والتحاليل اللازمة لم يتمكن الأطباء من تحديد سبب يمكنه أن يفسر ما يعانيه هؤلاء المرضى إلا عند مريض واحد من كل عشرة أشخاص. وهكذا نرى وبكل أسف أن تسع حالات من كل عشرة من هؤلاء المرضى يعجز الأطباء عن تحديد السبب الحقيقي لمعاناتهم وبالتالي يصعب علاجهم . ومما يدعو للأسى أيضا أن آلام أسفل الظهر إذا ظهرت مرة فهي مرشحة لأن تعود مرة أخرى وأنه لا يوجد علاج نوعي خاص وشافي لمثل هذه الآلام. إلا أنها في مجملها تخف حدة وتقل عودة في فترة ٣-٥ سنوات.

لمحة بيولوجية :

يعتمد جذع الجسم البشري على العمود الفقري الذي يتألف من الفقرات والأقراص الغضروفية التي بينها. وتعتبر هذه الأقراص (مفردها قرص = ديسك) أماكن ضعيفة في العمود الفقري، وهي لا تحتوي أية أوعية دموية ولذا فهي سيئة التغذية نسبيا وهي تتأثر بتغيرات العمر بنسبة أكبر من باقي أنسجة الجسم وتفقد مرونتها قبل غيرها. وإن **قلة الحركة والخمول والتي هي إحدى مشاكل العصر تنعكس سلبيا** على جميع أنسجة الجسم ومنها القرص الفقري (الديسك).

أسباب الآلام في المنطقة القطنية :

١ - **أسباب غير فقارية** : وهي ناتجة عن إصابة الأجهزة المجاورة للعمود الفقري في هذه المنطقة كأمراض الأجهزة التناسلية(خاصة عند النساء) والأجهزة البولية والبنكرياس وأمراض الشرايين والأعصاب المحيطية.

٢- **أسباب فقارية** : وهي ناتجة عن إصابة الفقرات والأقراص الفقارية: مثل كسور الفقرات وأجزائها المختلفة والأورام والانتقالات الورمية ، أو إصابة العمود الفقري بالسل أو الحمى المالطية أو نشوء الخراجات أو التهاب الفقار وتصلبه ، أو التهاب الديسك وفتق النواة اللبية (فتق القرص) وانضغاط جذر عصبي ناجم عن تغيرات تنكسية في أي من عناصر العمود الفقري، والعرج المتقطع العصبي المنشأ وانزلاق الفقرات أو انحلال وتخلخل أجزاء منها .

الحركات والوضعيات التي تساهم في نشوء آلام أسفل الظهر والديسك:

١ - الإنحناء ورفع الأشياء من على الأرض .

٢ - سحب أو دفع (دز) الأشياء الثقيلة .

٣ - جمود الجسم وثباته فترات طويلة بوضعيات معينة (وقوف ، جلوس ، ميلان الجذع) باستمرار.

٤ - تعرض الجسم للهز المستمر.

٥ - فقدان الشعور بالرضى والراحة النفسية من العمل وظروف العمل بشكل عام وخاصة الروتين القاتل والممل.

أثر التدخين على مرضى الديسك:

لا بد من تحذير مرضى الديسك وحثهم على الإقلاع عن التدخين. لأن الدراسات أثبتت أن تطور المرض أسوأ ونسبة حدوثه أكثر عند المدخنين ضمن نفس الشرائح الاجتماعية. وتفسير ذلك أن القرص الفقري لا يحتوي شرايين خاصة به ومعتبرة تغذيه بالدم لا في الحلقة الليفية ولا في نواته اللبية ويعتمد في تغذيته على ارتشاف الدم مما يجاوره من الشعيرات الدموية الضيقة والقليلة أصلا ، ولما كان النيكوتين يؤثر سلبيا على جميع الأوعية الدموية إذ يؤدي

إلى انقباضها وتضيقها، فهو في حالة الديسك (الذي هو خلقيا ناقص التروية كما أسلفنا) يأتي النيكوتين فيزيد الطين بلة. تماما كما هي الحال في حالات نقص التروية القلبية أو الدماغية. فهو يضيق ما لم يتضيق بعد ويسد ما قد يكون تضيق مما يقلل من وصول الدم والأغذية إلى الديسك وهذا يعني زيادة نقص التروية وزيادة الضعف و التخرب. فيفقد الديسك مرونته وتصبح حلقته الليفية هشة ضعيفة سهلة التمزق مما يؤدي إلى فتق النواة اللبية للديسك لأتفه الأسباب.

تشخيص آلام أسفل الظهر:

وكما أسلفنا فإن الصور الشعاعية البسيطة يندر أن تقدم لنا أو تعطينا جوابا شافيا عن سبب هذه الآلام ، ومع ذلك نجد أن كثيرا من الأطباء ومن المرضى يستعجلون في طلب هذه الصور ولا يزالون يعتقدون أن سبب هذه الآلام هو بعض التغيرات التنكسية المرتبطة بالعمر بين ٤٠-٥٠ سنة وما بعد والتي تظهر على السواء عند المرضى الذين يشكون من آلام أسفل الظهر وعند الأصحاء الذين لا يشكون من ذلك. ويتمسك بعض الأطباء وبعض المرضى بتلك المناقير العظمية التي تشاهد عند حواف الفقرات ويحملونها كل الآثام على الرغم من أنه لم يثبت علميا وجود علاقة مباشرة بينها وبين ما يعانيه المريض من آلام إلا في حالات معينة تكون ضاغطة

مباشـرة علـى العناصـر العـصبية. وكـذلك فـإن التـصوير الطبقـي المحـوري المحـسب والتـصوير بـالرنين المغنطيـسي (المرنـان) قـد لا يستطيع أن يفسر مـا يعانيـه المـريض ولا يجـوز أن نـستخدم مـا نجـده فيهـا مـن علامـات غـير عاديـة كواجهـة نـستر المـرض خلفهـا ونـرد المـريض إليهـا. إن التـشخيص غـير المعلـل وغـير المـسبب وغـير المثبـت علميـا يـؤدي بـالمريض إلى تـصرف غـير سـليم ويـؤدي بالطبيـب إلى استخدام طـرق علاجيـة غـير صـحيحة أيضا. ومـن الجـدير بالـذكـر أنه قد وجدت جميع درجات فتق الديسك في صور المرنـان بـدون أن توجد أي أعراض سريرية تذكر عند أصحابها. وكما بينت الصور فيما بعـد أن بعـض هـذه الـتغيرات الـشعاعية يمكـن أن تختفـي عنـد المرضى وعند الأصحاء على السواء.

وهنا لابـد أن نـذكر القاعـدة الذهبيـة في **الطب نحـن لا نعـالج الصور والتحاليـل ونحـن لا نعـالج المـرض بـل الطبيـب البـارع هـو مـن يعـالج الشخص المريض.**

ماذا عن العلاج ؟

إن الفهم الصحيح لطبيعة الآلام أسفل الظهـر مـن قبـل المـريض ومـن قبل الطبيب على حد سواء تساعد في اختيار أنجع الطـرق للتخفيـف عن المريض ومساعدته على الشفاء. والمطلوب اليـوم مـن هـذه الطـرق **أن تكون طرقا إنسانية رحيمة وسليمة وبتكاليف معقولة.**

الجراحة أم العلاج المحافظ؟

إن ٧٠٪ من الحالات الحادة التي يثبت الفحص السريري والشعاعي بما فيه التصوير بالمرنان أن لديهم ديسك مفتوق يتعافون بدون عمل جراحي. ويعتقد البعض أن وضعهم على المدى البعيد أفضل ممن خضعوا للتدخل الجراحي. وهكذا فإن الجراحة لا تشفي الديسك المريض بل تقصر من فترة بقاء المريض عاطلا عن العمل.

وهدفها تخليص الجذر العصبي من ضغط الديسك عليه. ولذا فإنه من المنطقي جدا استخدام العلاج الدوائي وغير الدوائي (المحافظ: الفيزيائي) وإعطاء المريض فرصة قبل إخضاعه للعملية الجراحية ولابد من أن يترك العلاج الجراحي إلى المراحل الأخيرة حيث الضرورة فقط. أي عندما يكون هناك ضغطا صريحا واضحا على الأعصاب وسيتم تفصيل ذلك فيما بعد.

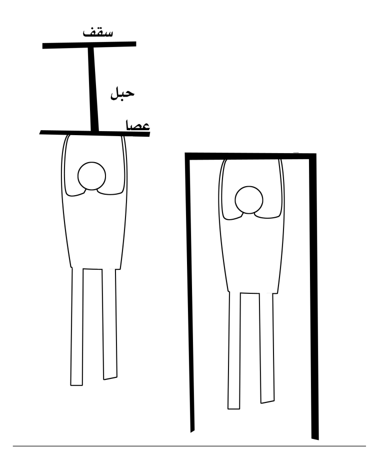
ويعتمد العلاج غير الجراحي على ثلاث اتجاهات أساسية :

١ - تخفيف وتسكين الألم ما أمكن ويشمل ذلك المرخيات العضلية والمقويات العصبية.

٢ - تحريك المريض وممارسته لعمله العادي بشكل **مبكر وصحيح ومريح بالنسبة للظهر.**

٣ - القضاء على القلق وتوفير الراحة النفسية للمريض .

تفيد أحدث الدراسات أن فترة استلقاء المريض ومنعه من الحركة يجب أن لا تتجاوز مدة يومين ويجب البدء بالعلاج الفيزيائي والنشاط الحركي الموجه والهادف جنبا إلى جنب فور شعور المريض بانحسار الألم. فقد أثبتت الدراسات أن العلاج بالحركات المناسبة منذ الأسابيع الأولى مفيد ومفيد جدا. ولابد هنا من توجيه النصيحة لاعتماد **التعليق بالأيدي والأرجحة والسباحة لشد الظهر شكل** ٨ كأفضل أسلوب علاجي لمشاكل الديسك إذ أن ذلك يؤدي إلى نشوء ضغط سلبي داخل القرص الفقري وإذا كان لا يزال في هذا الديسك شيء من المرونة فقد تتم عودة الجزء المفتوق ولو بنسب قليلة إلى مكانه وهذا ما لا يستطيع أي علاج آخر فعله لا الدوائي ولا الجراحي.



لمحة عن العلاج الجراحي وتطوره - العلاج عن طريق الأبرة :

تدل الدراسات على أن ما نسبته أقل من ٢٪ فقط من مجموع المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر يحتاج إلى عمل جراحي بهذه الطريقة. حيث تستخدم طرق جراحية مصغرة عبر إدخال إبرة في القرص الفقري" الديسك" مباشرة دون الحاجة لشق الجلد وعبر هذه الإبرة يتم حقن نواة القرص بمادة البابئين الذي يؤدي إلى تحللها وهذه إحدى الطرق المتبعة في أوروبا وشرق أسيا وقليلا في أمريكا. ولكن الأكثر انتشارا في السنوات الأخيرة هو تجزئة النواة اللبية للقرص الفقري (الديسك) عبر الإبرة وسحب هذه الأجزاء واستخراجها وبذلك يتم خفض الضغط داخل القرص وإزالة ضغط القرص عن الجذور العصبية ويمكن أن يتم ذلك باستخدام الأدوات ويد الجراح فقط. أو باستخدام جهازا يقوم أتوماتيكيا باستخراج هذه النواة جزءا فجزءا ، ويمكن استخدام منظارا خاصا يساعد الجراح في رؤية أجزاء الفتق القرصي، كما يستخدم البعض **شعاع الليزر** لتجزئة ثم تبخير نواة القرص وتتراوح نسب نجاح هذه العمليات بين ٣٠ - ٦٦٪. وهي أقل كلفة اقتصادية وتشريحية فالمريض يغادر المشفى في نفس اليوم الذي تجرى له العملية أو بعده بيوم ولا يحتاج لفترة نقاهة طويلة وبدون أثر أو ندبة

جراحية. ولكن **احتمال النكس مرتفع**، والحالات التي لا تنكس في مثل هذه الطريقة قد تشفى من دون أي تدخل جراحي.

ولا بد من التذكير أن اختيار هذا النوع أو ذاك من العمليات يجب أن يتم بالتعاون بين الطبيب والمريض فلكل حالة موجباتها و مضاداتها وإمكانياتها.

ماذا عن مستقبل هذه العمليات : لكي يتم تحسين نتائج هذه العمليات فإنني أعتقد أنه يجب أن نفكر في كيفية تدعيم القرص الفقري (الديسك) وجعله أقرب ما يمكن إلى الوضع الطبيعي قبل الفتق وهذا يحتاج للتعاون بين الأطباء والمهندسين أيضا.

الوقاية من آلام أسفل الظهر والديسك:

من الضروري للوقاية أو للتقليل من مثل هذه الأمراض **والآلام تجنب الأسباب التي تساعد على نشوءها، والمحافظة على اللياقة والمرونة البدنية والسهر على أن تكون ظروف العمل والحياة العامة صحية وسليمة ومن كافة النواحي النفسية والاجتماعية وألا نترك أي مشاكل مهما صغرت حتى تتراكم وتتضخم بل نحلها الحل المناسب وفي الوقت المناسب** وبالتعاون مع الجهات المعنية من ذوي الخبرة والاختصاص.

تشخيص أمراض
العمود الفقري والنخاع الشوكي

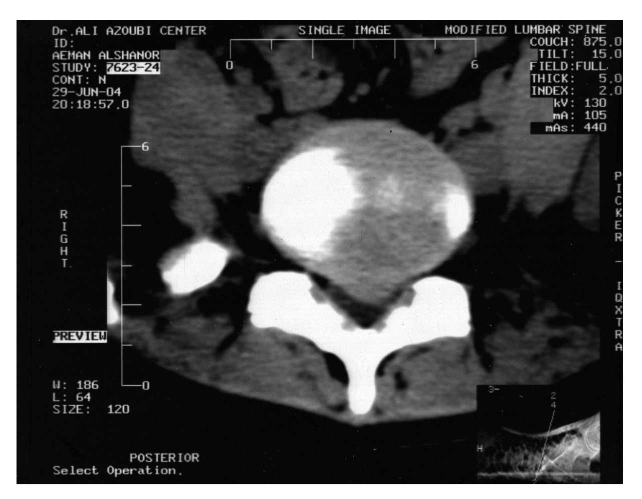
١- جمع القصة المرضية (قصة المرض): يحتاج التشخيص إلى جمع القصة المرضية بدقة متى بدأ أول عرض من أعراض المرض، وكيف ؟ متى وأين بدأ الألم وما هو السبب الذي يعتقده المريض؟ وكيف تطور كل عرض من الأعراض. متى يخف ومتى يزداد؟
وعلى المريض أن يساعد الطبيب للوصول إلى التشخيص وذلك بإعطاء معلومات حقيقية عما يحس به دون تضخيم ولا تقليل. ولا يجوز له أن يتكتم عن أي شعور مرضي يعاني منه في أي عضو من جسده، عصبي أو سواه. ويخبر طبيبه عن حالات عدم التحمل الدوائي أو الحساسية. وكذلك الأدوية السابقة والتحاليل والصور. بعدها يجب على المريض أن يعرف ماذا عليه أن يقوم به أثناء الفحص ويفهم ذلك من الطبيب مباشرة ويطبقه بدقة.

٢ - الفحص السريري فحص الطبيب للمريض : إذا كان المريض يشكو من أعراض إصابة رقبية مثل : آلام في الرقبة أو الكتف أو اليدين أو الأصابع أو خدر في هذه الأجزاء فلابد من فحص حركة الرقبة في جميع الاتجاهات، وجميع الحركات في اليدين،

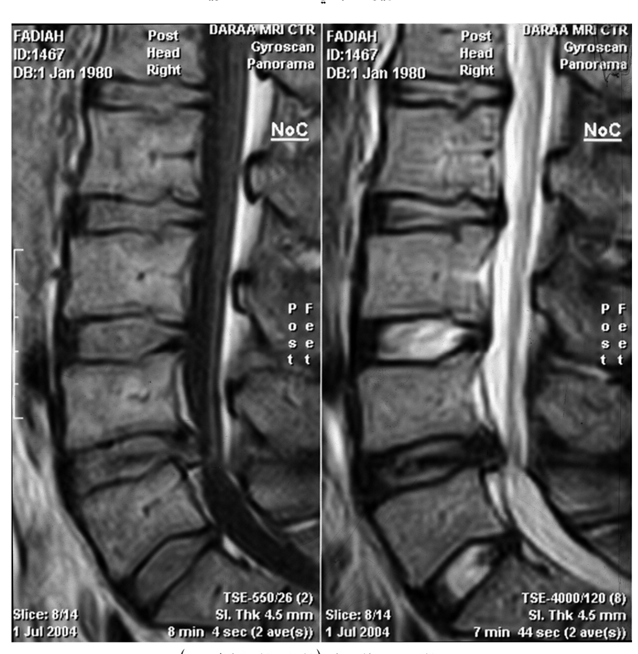
وفي الأصابع ، وفي الرجلين. ولابد من فحص قوة العضلات إضافة إلى فحصها بالنظر للتأكد من عدم وجود ضمور عضلي. وفحص الحس باستخدام دبوس أو إبرة. وفحص المنعكسات بالمطرقة.
وإذا كان المريض يشكو من آلام في أسفل الظهر والرجلين: فيجب فحص الظهر وحركته، والرجلين والقدمين و منطقة الحوض وحول الشرج للتأكد من الحس، ولابد من السؤال عن التبول والتبرز والوظيفة الجنسية.

٣ - **الصور الشعاعية البسيطة:** وهي يمكن أن تكشف الكسور العظمية والتغيرات التنكسية في الفقرات والأقراص الفقارية. وبناء عليها يقدر الطبيب الحاجة لإجراء فحوص أخرى.
مثلا تصوير طبقي بالكمبيوتر أو بالرنين المغنطيسي.

ولابد من الإشارة إلى أنه على المريض أن يشكو همه وآلامه للطبيب ويطلب منه التشخيص والعلاج وليس عليه ولا هو من حقه أن يطلب الصور والتحاليل وأن يوجه الطبيب لذلك أو أن يصر عليه، فإن ذلك يحرجه ويزعجه أيضا فالطبيب وحده يعرف ويقدر ماذا يطلب ومتى من الصور والتحاليل التي يحتاج إليها هو للتشخيص والعلاج وله أن يكتفي بما شاء حسب علمه وخبرته في جميع الحالات.



التصوير الطبقي للمنطقة الفقارية



التصوير بالمرنان (الرنين المغناطيسي)

٤- التصوير الطبقي للمنطقة الفقارية: ويمكن معرفة حال القناة الفقارية وكشف تضيقها ويمكن تمييز الفتوق القرصية والاعتماد عليها لإجراء التدخل الجراحي إذا كانت العلامات والأعراض واضحة ومتناسبة معها.

٥ - التصوير بالمرنان (بالرنين المغناطيسي) وهي صور دقيقة تبين حالة النخاع الشوكي والجذور العصبية، وتكشف الفتوق القرصية، والأورام والكيسات في النخاع الشوكي وحوله.

ومع وجود الرنين المغنطيسي لم تعد هناك احتياجات كثيرة للتصوير الظليل للقناة الشوكية ويبقى ذلك لتقدير الطبيب المختص.



العلاج الجراحي

تختلف العمليات التي تجرى تحت مسمى عملية ديسك حسب اختلاف التشخيص وحسب الموجودات عند كل مريض على انفراد ويمكن تقسيمها بشكل عام وتقريبي إلى ما يلي:

١ – عملية استئصال فتق قرصي (ديسك)

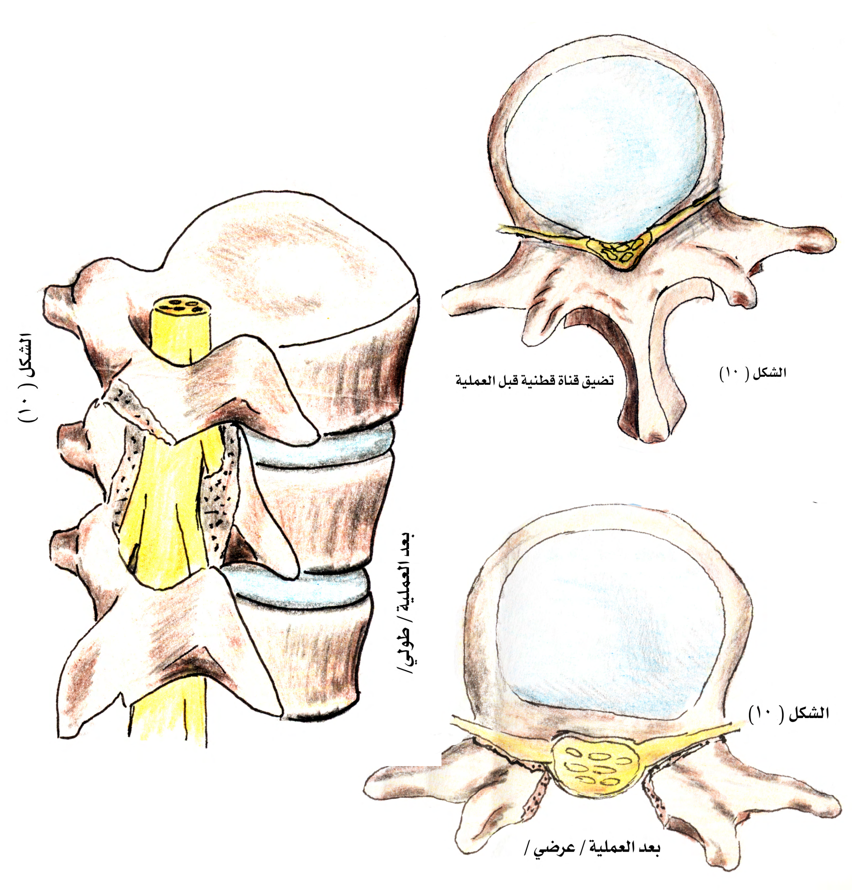
وتشمل استئصال فتق قرصي واحد أو أكثر جانبي أو متوسط بين القطنية الخامسة والعجزية الأولى أو بين القطنية الرابعة والخامسة. ويعد وجود فتق قرصي (ديسك) جانبي أحادي بين القطنية الخامسة والعجزية الأولى



الشكل (٩)

الأكثر انتشارا والأسهل للمريض وللطبيب والأفضل نتيجة. وبديهي أن عملية الديسك الواحد تختلف عن عملية الديسكان وتختلف عن عملية ديسك واحد ولكنه في الجانبين، عن عملية ٣ فتوق قرصية مختلفة. وهل هناك تضيق مرافق أم لا.

وتختلف حسب درجة ضغط الديسك على العصب وحسب العلاقة بين الديسك والعصب والزمن الذي مر على هذه الحالة فكلما كان الضغط شديدا ومديدا كانت حالة العصب أسوأ والعملية أصعب والنتيجة أقل. شكل ٩ يمثل عملية استئصال فتق قرصي وحيد دون الحاجة لفتح العظم.



٢ - توسيع القناة الفقارية وتحرير الأعصاب

وتختلف العملية من شخص لأخر حسب درجة الضيق وشموليته ومدته وموقعه وإذا كان معه فتوق قرصية أم لا وهل هذا الضيق بصورة أساسية ناجم عن العظم أم عن تضخم في الرباط الأصفر والطبقة الدهنية المحيطة بالأعصاب وكذلك حسب حالة الأوردة التي في هذه المنطقة. ويمكن أن يكون شامل أو عند مستوى القطنية الخامسة والرابعة، أو الرابعة والثالثة أو عند الثانية والثالثة شكل ١٠ :

آ – مخطط يبين تضيق القناة الفقارية وانضغاط الأعصاب

ب – مقطع عرضي يبين عملية خزع قوس الفقرة وتحرير الأعصاب من الضغط

ج – مقطع طولي يبين عملية خزع قوس الفقرة وتحرير الأعصاب من الضغط

الحالات التي لا ينصح بها بإجراء العملية مهما كان موجودا في الصور :

يعتمد تحديد الخطة العلاجية على شدة الأعراض (الألم ، الضعف، القدرة على الحركة) والوضع الصحي العام . ويتم استثناء التدخل الجراحي إذا :

١ - كانت الآلام في أسفل الظهر أو الرجل ليست ناجمة عن انضغاط عصب.

٢ - لا يوجد أعراض في الرجل.

٣ - توجد مشكلة صحية تجعل المريض غير قادر على تحمل العملية.

٤ - إذا كانت الأدوية المسكنة تعطي مفعولا جيدا وتقضي على الأعراض بصورة معقولة ومقبولة.

٥ - إذا كان العلاج الفيزيائي يفيد المريض ويحسن وضعه ويستطيع المريض التعايش معه.

متى تكون العملية الجراحية خيارا أمثل؟

ينصح بالخضوع للعملية الجراحية في حالات معينة فقط. أي عندما يوجد ضغط على واحد أو أكثر من الجذور العصبية ويدل على ذلك ما يلي:

١ - آلام في الرجل تحد من الحركة وتمنع من ممارسة النشاطات اليومية المعتادة .

٢ - ضعف في عضلات الساق أو القدم.

٣ - الشعور بالخدر والتنميل في الأطرف بشكل شبه مستمر

٤ - صعوبة في المشي أو الوقوف.

٥ - اضطراب وظيفة التبول أو التبرز.

٦ – إذا كان العلاج الدوائي و الفيزيائي المتكرر لا يفيد المريض.
٧ – إذا كان وضع المريض يتدهور برغم العلاج.

مخاطر عدم إجراء العملية :

بدون التدخل الجراحي، يمكن أن تؤدي النشاطات اليومية المعتادة إلى تخرب متزايد في الأعصاب المعنية. فتفقد هذه الأعصاب وظائفها بالتدريج والعواقب لابد من أن تكون أكثر بكثير مما قد ينجم عن أي أذى يحدث خلال العملية الجراحية بما في ذلك الخدر والضعف العضلي واضطرابات التبول والتبرز.

خطورة العملية

لابد من توقع وجود بعض الخطورة عند أي تدخل جراحي. ويجب اتخاذ كافة الاحتياطات لتحاشي حصول أي اختلاط ممكن الحدوث. وتعتبر العدوى الإنتانية (التهاب الجرح) على رأس الاختلاطات المتوقع حدوثها في أي وقت كان ويلي ذلك احتمال نشوء نزف غزير، واحتمال نشوء تحسس شديد ورد غير متوقع على التخدير العام أو على بعض الأدوية المستخدمة. **ولما كانت العملية هي تدخل جراحي على الجذور العصبية وبجوارها فإن احتمال جرحها أو تخريب جزء منها أمرا مهما كان مستبعدا إلا أنه يمكن أن يحدث.** ففي بعض الحالات يكون الجذر العصبي مصابا لدرجة الإنهاك

وفي هذه الحالة يمكن تشبيه العملية الجراحية ب " العصا التي قصمت ظهر البعير" وتكون النتيجة النهائية للعملية أن يفقد هذا العصب المهترئ وظيفته ويشعر المريض ب: التنميل، الخذل ، فقد السيطرة على التبول أو التبرز أو الضعف العضلي أكثر مما كان قبل العملية. ومهما كان من أمر فإنه لا يوجد شك بأن عدم الموافقة على العملية، عندما تكون لازمة وضرورية، سيؤدي إلى نتيجة أسوأ حتما. ولذا يجب أن يتخذ القرار بالموازنة بين إيجابيات العملية وسلبيات عدم إجراء العملية ومخاطر إجراء العملية. تشير الخبرات السريرية والحسابات العلمية بأن أخطار العملية الجراحية محدودة ، ومهما كان من أمر فإن الجراحة هي جهد بشري ومحاولة نحو الأفضل. ولكن وجود بعض الظروف والحالات التي يصعب رؤيتها والتكهن بها قبل حدوثها يمكن أن تعقد أي عمل جراحي وأن تؤدي إلى أخطار جسيمة وقد تهدد بالوفاة. ورغم أن هذه الاختلاطات نادرة إلا أنه ينبغي على المريض وذويه أن يناقش احتمال حدوثها بكل حرية مع الطبيب المسئول حتى تتضح الصورة تماما في أذهان المرضى.

فوائد العملية الجراحية:

أولا يجب اعتبار أن العملية الجراحية هي الخطوة الأولى على طريق الشفاء واسترداد العافية. وأنها هي الطريقة الوحيدة لتحرير الجذور العصبية من الضغط وهو ما يتيح لها إمكانية الشفاء حيث تسترد

قدرتها على تأدية وظيفتها ويمكن أن يقلل من معاناة المريض إلى درجة أنه يستعيد القدرة على الحركة والمشي بلا ألم.

إمكانية نجاح العملية والتحسن أو الشفاء التام :

تتعلق نتائج العملية الجراحية بعدة عوامل هامة منها: درجة التخرب العصبي ، الحالة الجسدية العامة(الضغط، السكري، السمنة، الضعف العام) عمر المريض،طبيعة عمله، نظرة المريض للعملية واستعداده النفسي وبذله الجهد اللازم للحصول على أفضل النتائج.

اتخاذ القرار

قبل اتخاذ أي قرار يجب على المريض أن يحدد في عقله ما مقدار تأثير وضعه الصحي الحالي (أي مرضه الذي يفكر بالموافقة على الخضوع للعملية الجراحية بسببه) على حياته بشكل عام ثم لابد من إجراء الموازنة بدقة بين مخاطر العملية الجراحية وإيجابياتها وسلبيات عدم إجراءها وهل يمكن الاستغناء عنها أم لا وما هي فوائدها. فالمريض فقط صاحب القرار وهو الذي يتحمل نتائجه وعلى الآخرين فقط أن يشرحوا له ويقربوا له الصورة حتى يفهم وضعه الصحي بوضوح ووعي تام. أيها المريض إذا قررت الموافقة على العملية فعليك أن تنظر إلى التدخل الجراحي نظرة إيجابية متفائلة بنفس مقبلة على الحياة واثقة بها وعلى قناعة تامة بأن خيار العملية خيارا صائبا صحيحا.

وفي الوقت الذي يكون تركيز الجراح منصرفا للعثور على سبب انضغاط الأعصاب لديك ومن ثم تخليصك منه، يكون عليك أن تركز تفكيرك على الدور الذي ستقوم به أنت لحصول النجاح التام للعملية والشفاء من المرض. تجاوب مع جميع خطوات العلاج وتعاون مع الفريق الطبي المعالج وركز تفكيرك على ما حصل من إيجابيات وعلى ما سيحصل من تحسن لا على المشاكل والصعوبات.

دور الجراح قبل العملية مباشرة يقوم الجراح بما يلي :

١ - مراجعة القصة المرضية ومعطيات الفحص السريري.

٢ - مراجعة نتائج الاختبارات والفحوص التشخيصية (مثلا: الصور الشعاعية المختلفة).

٣ - وضع خطة التدخل الجراحي.

٤ - إطلاع المريض على الخطوط الرئيسة للعملية وأهدافها.

دور المريض قبل العملية مباشرة: **على المريض أن يفهم ما يلي :**

١ - يعرف تشخيصه وسببه (ما هو سبب الآلام أسفل الظهر ، الرجل، وجميع الأعراض التي يعاني منها).

٢ - مخاطر العملية الجراحية.

٣ - فوائد العملية الجراحية.

وبعد أن يكون مقتنعا تماما بالعملية وبتوقيع الموافقة عليها، يجب أن ينقل تفكيره إلى ما بعدها أي التفكير بالمستقبل وفي الشفاء والعافية.

ما بعد العملية

لا بد من الإشارة إلى أن العمليات الجراحية التي تتم بسبب الفتوق القرصية وتضيق القناة الفقارية لا تزال ليست الحل الشافي والنهائي لهذه الأمراض، ولا يزال البحث جار لإيجاد حلول أفضل. وأن الهدف الرئيس للعملية لا زال وقائيا بدرجة كبيرة كما هو علاجيا. إذ أن إنقاذ الأعصاب من الضغط الميكانيكي، أمرا لا بد منه على طريق العلاج الصحيح أما الباقي فيتعلق بطبيعة المرض والمريض. وهكذا فتوقعات المريض وذويه يجب أن تكون **واقعية:** ولابد من إدراك أن الشفاء والعافية لا يمكن أن يحدث بين يوم وليلة. بل هي عملية مستمرة وقد تكون بطيئة وتحتاج لوقت. وهذا يحتاج إلى مواضبة: أكان ذلك في المشفى أو البيت. وعلى المريض أن يحاول بناء قواه واستعادة صحته ولياقته البدنية بالتدريج. فهذا هو العلاج الناجع لمرض الديسك. خذ قسطا من الراحة كلما شعرت بالتعب والوهن. ولكن ابذل جهدك ما استطعت وبثبات. وتذكر أنه من الأهمية بمكان أن تدرك أن الأجسام مختلفة وسرعتها في الشفاء تختلف. وهذا يعتمد جزئيا على صحتك الجسدية العامة، عمرك، لياقتك البدنية الفيزيائية، وحسب طبيعتك النفسية أيضا. وبصورة عامة فإن الشخص البدين ذو الوزن الثقيل يحتاج لفترة أطول لشفائه، وكذلك يؤثر التدخين وارتفاع

سكر الدم سلبيا على الشفاء كما تؤثر أي مشكلة صحية أخرى. ولا بد من حل جميع المشاكل المهنية و الاجتماعية الأخرى أيضا وإذا اقتضى ذلك التضحية ببعض المصالح المادية من أجل الصحة وراحة البال.

الآلام بعد العملية:

إنه لأمر طبيعي أن يشعر المريض بآلام في منطقة العملية. كما أن وجود بعض الآلام في الرجل ليس مستبعدا وهذا ناتج طبيعي للتغيرات التي حصلت في الجذر العصبي موضع الضغط، وهذه الآلام سوف تذهب بعيدا بالتدريج عندما يسترد الجذر العصبي عافيته. بعض المرضى قد يشعر بتشنجات عضلية في أسفل الظهر وقد ينتشر التشنج إلى منطقة الرجلين ولذا يعطى المريض المسكنات اللازمة للقضاء على الألم والتشنج. وقد يساعد على ذلك تغيير وضعية المريض واستخدام العلاج الحراري.

النشاط الفيزيائي

يسمح للمريض بحرية الحركة في سريره عندما يصحو تماما من البنج. ويمكن أن يبدأ المشي بعد العملية بساعات إذا كانت العملية عملية إستصال فتق قرصي وحيد وبسيط.

أما إذا كان هناك خزع فقرات، فيختلف ذلك حسب عدد الفقرات المفتوحة.

إن الطريقة الأسهل للمريض لكي ينزل عن السرير هي أولا أن يرفع الجانب الرأسي من السرير إلى نهايته ثم ينزل رجليه إلى الأرض. وباستخدام حواف السرير يساعد نفسه ويقوم بتغيير الوضع في السرير. عند النزول أول مرة من السرير لا بد أن يحتاج لمن يتكأ عليه في الخطوات الأولى لتجنب السقوط على الأرض وما قد ينجم عنه من أذى. وبالتدريج تتم مضاعفة الخطى، وفي البداية يمكن تقصير الخطوة كي لا يحصل الألم، المشي أولا إلى الحمام، ثم إلى باب الغرفة وبعدها الانتقال إلى مسافات أبعد. كما المشي فإن الجلوس والوقوف يجب أن يتم على مراحل. لا تجلس طويلا ولا تقف لفترات طويلة. إذا كنت تشعر بتشنج أو شد في عضلات الظهر أو الرجل فإن تغيير الوضعية عدة مرات كفيل بتقليل ذلك الشعور أو التخلص منه.

التغذية:

عندما يستطيع المريض تناول السوائل عبر الفم بدون غثيان أو تقيؤ يستغني المريض عن السوائل الوريدية. وبالتدريج يعود المريض لتناول الأطعمة العادية بعد ظهور الشهية للطعام. تعطى الملينات أحيانا للتخلص من الإمساك بالإضافة للتأكيد على الخضراوات والفواكه و العصير. إن الغذاء المتوازن ضروري جدا في فترة العلاج والنقاهة لكي يحصل الشفاء التام دون تباطؤ. ولكي يتم ذلك

فيجب أن تحتوي قائمة الطعام كافة المجموعات الغذائية الأساسية: اللحوم الخضراوات، الألبان، عصير الفواكه. ولما كان المريض في فترة النقاهة قليل الحركة فعليه أن يتحاشى الإكثار من الأغذية الثقيلة الغنية بالسعرات الحرارية (الشحوم، والسكريات).

لا بد من بعض التغيرات النفسية العاطفية:

يشعر المريض بتعب وخمول وهذا أمر طبيعي في الأيام الأولى بعد العملية . يعتقد أن سبب هذه الأحاسيس هو إفراز الجسم لبعض الهرمونات الفعالة كرد فعل على العملية. وعلى الرغم من أنه في حالات نادرة قد يتعرض المريض لحالات هبوط نفسي وفتور عام إلا أنه لا بد من بذل الجهد لوقاية المريض من الوصول إلى مثل هذا الوضع عن طريق تشجيعه وغرس الأمل في نفسه ودفعه للإقبال الإيجابي على العلاج والتأهيل للعودة إلى الحياة الطبيعية.

يجب أن يحتفظ كل فرد بنظرة عقلانية إيجابية: يجب أن يبدأ العمل للحفاظ على نفسية إيجابية منذ ما قبل العملية. ويجب أن تتوجه جميع الطاقات باتجاه حل المشاكل التي يعاني منها المريض. وعلى المريض نفسه أن لا يجعل أسباب هذه المشاكل تسيطر على عقله وتثير قلقه. وعلينا أن لا نسمح للإحباط أن يتسلل إلى نفسه. ولا بد من تركيز التفكير على التطور الذي حصل والذي تجب متابعة فعله بالمستقبل.

الخروج من المستشفى إلى البيت إن الطبيب يسمح لمريضه بالذهاب إلى البيت عندما يستوفي الشروط التالية:

١ - العلامات الحيوية ثابتة (التنفس، ضغط الدم ، الحرارة، النبض).

٢ - يستطيع المشي وحيدا .

٣ - يستطيع تناول الطعام بدون غثيان أو تقيؤ.

٤ - قادر على التحكم بالبول والبراز.

٥ - الجرح نظيف وناشف.

يمكن للمريض بعد عملية ديسك بسيطة وعادية أن يتخرج إلى البيت بعد ساعات أو في اليوم التالي للعملية مباشرة بينما يحتاج المريض للبقاء في المشفى بعد عملية خزع قوس فقرة قطنية إلى فترة أطول وهذا يمكن تحديده حسب حجم العملية وحسب درجة تحسن المريض وحسب توفر الظروف المريحة والعون المناسب في البيت.

النوم:

ينصح بأخذ قسط من الراحة عدة مرات في اليوم في فترة النقاهة. وعند الاستلقاء على الظهر ينصح بوضع وسادة أو شرشفا مطويا تحت منتصف ظهرك. وتعتبر وضعية الاستلقاء الجانبي مع ثني الرجلين إلى البطن أو ثني الرجل العليا إلى الأعلى وضعية مريحة ومفضلة. النهوض بحالة الظهر اليابس ليست حالة نادرة ويمكن التخلص منها عن طريق المشي قليلا أو أخذ حماما ساخنا.

الفراش الصلب هام لتأمين الدعم المناسب للظهر.

مراقبة موقع العملية:

نظف المنطقة ونشفها تماما. إذا كان هناك أي احمرار أو تورم أو افرازات أخبر طبيبك فورا. من الممكن أخذ حمام في اليوم الثاني بعد العملية. وهذا يحسن من شعور المريض ولكنه يجب أن يتم مع **المحافظة على الضماد فوق الجرح نظيفا**. وعلى التمريض تغيير الضماد بعد الحمام مباشرة. يمكن استخدام سوائل لتنظيف وتنشيط الجلد (لوشيون) وتدليك المنطقة المجاورة للجرح وهذا يساعد أيضا في التخلص من التشنج العضلي.

انتقل إلى إتباع نظام صحي في كل حياتك الآن حان الوقت لكي تعود نفسك على إتباع نظام صحي أفضل. ويمكن أن تبدأ ذلك باتخاذ الخطوات التالية:

١ - راقب وزنك: إذا كنت من ذوي الوزن الزائد فعليك أن تتخلص منه وتعود إلى الوزن المناسب لعمرك وطولك. الريجيم القاسي السريع قلما يفيد. عود نفسك على عادت صحية أفضل في الأكل وتشبث بهذه العادات كل ما تبقى لك من العمر.

٢ - كن أكثر نشاطا: أنت تستطيع مزاولة نشاطاتك الطبيعية عندما يسمح لك الطبيب بذلك. ضع في خلدك التزام خطة لممارسة التمارين الرياضية على نحو منتظم باستمرار: عود نفسك على المشي. فالمشي اليومي أحسن رياضة. ضع خطة معقولة وزد بالتدريج المسافة التي تمشيها. حاول أن تمارس التمارين الرياضية ما

استطعت إلى ذلك سبيلا وتأكد من طبيبك الخاص قبل بداية أي خطة رياضية.

الإجراءات الوقائية: إن أفضل الطرق للوقاية من انتكاس المرض والإصابة بفتق قرصي مرة ثانية أو حصول التصقات متعبة في مكان العملية هي المحافظة على نظام حياة صحي. هام جدا بالنسبة لك:

١ - تناول طعام منوع متزن، وهذا يساعد في الحصول على الشفاء التام. تجنب الأغذية الغنية بالسعرات الحرارية والدهون.

٢ - استمر على نظام التغذية الصحي حتى تصل وتحافظ على وزن مثالي مناسب بالنسبة لك.

٣ - يجب أن تعطي جسمك حقه من النوم.

٤ - شارك بأحد أنواع الرياضات بشكل دوري منتظم (تمارين رياضية هوائية، مشي، سباحة، دراجة).

٥ - انتبه أكثر وخذ احتياطاتك اللازمة أثناء القيام بأي رفع أو سحب أو شد أو ثني أو لف.

٦ - اهتم بمشاكلك الصحية الأخرى (القلب، السكر، الكلية) ولا تنسى أن تحل جميع مشاكلك الاجتماعية والمهنية وتخلص من همها ولو ضحيت ببعض المصالح المادية في مرحلة من المراحل المهم أن تكسب صحتك وراحة بالك في نهاية المطاف.

ما الذي سيحدث بعد العملية؟

يتطلب نجاح العملية قبل كل شيء ثقة المريض وتفاؤله بالنتيجة الحسنة ويمكن بناء ذلك بالمعرفة الجيدة بطيعة هذه العملية. إن الجراح المنفذ يمتلك المعرفة العلمية والخبرة السريرية اللازمة لتصحيح الوضع من الناحية الفيزيائية وهو وجميع عناصر الفريق الطبي سيفعل كل ما بوسعه لكي يكتب للعملية النجاح وللمريض الشفاء. ولابد من الإشارة إلى أن الجسم بحد ذاته يمتلك القدرة على التئام وشفاء جرح الجلد والعضلات و العظم في فترات قريبة. أما العصب فقد يحتاج فترات طويلة وقد لا يعود تماما كما كان إذا كانت العملية متأخرة . وإن الشفاء التام يعتمد على التناول الإيجابي القوي من نفس المريض لوضعه الصحي والتزامه التعليمات والنصائح المقدمة من الطبيب وعليه أن يركز وينتبه لكل تحسن مهما صغر ويعمل بحزم في سبيل الحصول على أي تحسن آخر.

العمل:

يقوم الطبيب بمساعدة كل مريض لتحديد الفترة التي يستطيع بعدها أن يمارس عمله وما هي الشروط التي يتوجب عليه مراعاتها. يعفى المريض من العمل مباشرة إذا كان عمله يتطلب الرفع أو السحب أو الانحناء .

قيادة المركبات:

يمكن أن تقود سيارة عندما تسترد كامل توازنك وعندما لا تشعر إلا بآلام خفيفة. ولا تقود السيارة بعد تناول المسكنات.

الأدوية:

عليك أن تقلل من تناولك للأدوية المسكنة بالتدريج عندما تكون في فترة النقاهة في البيت. وهذا يمكن الوصول إليه عن طريق مد الفترات بين أخذ الأدوية ، وتقليل جرعة الدواء في كل مرة. إن وجود شعور ما غير مريح أو ألم في أسفل الظهر يبقى شيئا متوقعا يساعد العلاج الحراري والتمارين الرياضية و الاستراحات القصيرة على التخلص من هذا الشعور.

اللياقة البدنية:

إنه من الأهمية بمكان أن يضع المريض خطة لتطوير قدراته الفيزيائية العامة للوصول إلى لياقة متناسبة. إن الوزن الزائد والشكل الغير طبيعي يؤدي إلى شد الظهر وتأخير الشفاء. وتساعد السيطرة على الوزن في تطوير ظهر أكثر قوة ومرونة. يجب إجراء التمارين الرياضية يوميا لتقوية العضلات والمحافظة على جاهزيتها.

لمحة عن العلاج الدوائي

مضادات التهابية (مسكنات):

يدخل ضمن هذه المجموعة: مركبات الديكلوفيناك والإندوميتاسين، والبروفين والسيتامول والسورجام والبيروكسيكام والنابروكسين وغيرها.

مرخيات عضلية :

بارافونيل ، ديازبام، ترنبال، هايافون، بارازون ميوريست.

فيتامينات مقوية للأعصاب:

مجموعة فيتامينات ب ومشتقاتها.

أدوية الراحة النفسية والمهدءات (أمتريبتيلين ، فلوزاك):

كورتيزونات: وتستخدم عند وجود نقص عصبي واضح ولفترات قصيرة فقط. منها: الديكساميتازون، تري أمسينولون، سيناكتين دي بوت بيتافوس ديبوبرد.

ولهذه الأدوية مضاعفات سلبية على المعدة والضغط والسكر والمناعة.

ويجب حماية المعدة :

رانيدول، زنتاك، سييمتيدين ، أومبرازول أو مضادات الحموضة (مالوكس).

المراهم الموضعية:

وهي كثيرة والغاية منها تنشيط حركة الدم موضعيا وإرخاء العضلات.

الحقن الموضعي خلطة:

ويستخدم لهذه الغاية المخدر الموضعي وفيتامين ب ١٢ والديكساميتازون.

وهذا العلاج يطبق بيد خبيرة فقط. منشطات نقل السيالة العصبية: بروستاغمين.

وفي حالات التهاب الديسك نستخدم مضادات حيوية لفترة شهر أو شهر ونصف حسب الحاجة.

الفهرس